

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

371

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

**M. ALESSANDRI Jean-Baptiste**

Né à Vico (Corse), le 25 octobre 1890.

---

*Président de thèse : M. le professeur LEGUEU*

---

**L'ÉPIDIDYMECTOMIE**

**traitement de la tuberculose génitale**

---

PARIS

**LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ**

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1924



# **L'ÉPIDIDYMECTOMIE**

**Traitement de la Tuberculose génitale**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1924

THÈSE

N<sup>o</sup>

---

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

**M. ALESSANDRI Jean-Baptiste**

Né à Vico (Corse), le 25 octobre 1890.

---

# L'ÉPIDIDYMECTOMIE

traitement de la tuberculose génitale

---

---

*Président de thèse : M. le professeur LEGUEU*

---

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

---

1924

I. -- PROFESSEURS

|                                                                         |                |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|
|                                                                         | MM.            |
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS,       |
| Anatomie médico-chirurgicale . . . . .                                  | CUNÉO.         |
| Physiologie . . . . .                                                   | Ch. RICHET     |
| Physique médicale . . . . .                                             | André BROCA.   |
| Chimie organique et chimie générale . . . . .                           | DESGREZ.       |
| Bactériologie . . . . .                                                 | BEZANÇON.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.        |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         | Marcel LABBÉ.  |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | SICARD.        |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | LECÈNE.        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | LETULIE.       |
| Histologie . . . . .                                                    | PRENANT.       |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | RICHAUD.       |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | CARNOT.        |
| Hygiène . . . . .                                                       | Léon BERNARD.  |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD.    |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | MÉNÉTRIÉR.     |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | ROGER.         |
|                                                                         | GILBERT.       |
| Clinique médicale . . . . .                                             | CHAUFFARD.     |
|                                                                         | ACHARD.        |
|                                                                         | WIDAL.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | MARFAN.        |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBÉCOURT.     |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H CLAUDE.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | JEANSELME.     |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.      |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | TEISSIER.      |
|                                                                         | DELBET.        |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | HARTMANN.      |
|                                                                         | LEJARS.        |
|                                                                         | GOSSET.        |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | De LAPERSONNE  |
| Clinique urologique . . . . .                                           | LEGUEU.        |
|                                                                         | COUVELAIRE.    |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | BRINDEAU.      |
|                                                                         | JEANNIN.       |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | J.-L. FAURE.   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | BROCA Auguste. |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | VAQUEZ.        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | SEBILEAU.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | DUVAL.         |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGEANT.      |



## II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.  
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.  
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.  
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.  
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.  
 BINET . . . Physiologie.  
 BLANCHETIÈRE . Chimie biologique.  
 BRANCA . . . Histologie.  
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.  
 BUSQUET . . . Pharmacologie et matière médicale.  
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.  
 CHAMPY . . . Histologie.  
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.  
 CLERC . . . Pathologie médicale.  
 DEBRÉ . . . Hygiène.  
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique.  
 DUVOIR . . . Médecine légale.  
 ÉCALLE . . . Obstétrique.  
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.  
 FOIX . . . Pathologie médicale.  
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.  
 HARVIER . . . Pathologie médicale.  
 HEITZ-BOYER . Urologie.  
 HOVELACQUE . Anatomie.  
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.  
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER . . . Obstétrique.  
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.  
 LEMIERRE . . . Pathologie médicale.  
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.  
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.  
 LIAN . . . Pathologie médicale.  
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.  
 METZGER . . . Obstétrique.  
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.  
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale.  
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.  
 MULON . . . Histologie.  
 PHILIBERT . . . Bactériologie.  
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.  
 RICHET Fils . . . Physiologie.  
 ROUVIÈRE . . . Anatomie.  
 STROHL . . . Physique médicale.  
 TANON . . . Pathologie médicale.  
 TIFFENEAU . . . Pharmacologie et matière médicale.  
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.  
 VERNE . . . Histologie.  
 VILLARET . . . Pathologie médicale.  
 WELTER . . . Ophtalmologie.

## III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS . . . Physiologie.  
 GOUGEROT . . . Pathologie médicale.  
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTNER . . . Histologie.  
 ROUSSY . . . Anatomie pathologique.

#### IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

a titre permanent

| MM.                   |                                   | MM.              |                                      |
|-----------------------|-----------------------------------|------------------|--------------------------------------|
| AUVRAY . .            | Clinique chirurgicale.            | OMBRÉDANNE . . . | Clinique Chirurgicale.<br>infantile. |
| CHEVASSU . .          | Clinique chirurgicale.            | PROUST . . .     | Clinique chirurgicale.               |
| LAIGNEL-LAVASTINE . . | Clinique médicale.                | RATHERY . . .    | Clinique médicale.                   |
| LEREBoullet . . .     | Clinique médicale infan-<br>tile. | SCHWARTZ . .     | Clinique chirurgicale.               |
| LÉRI. . . .           | Clinique médicale.                | TERRIEN . . .    | Cliniq. ophtalmologique.             |
| LCEPER. . . .         | Clinique médicale.                |                  |                                      |

#### V. -- CHARGÉS DE COURS

|                             |   |                                                                                                                                             |
|-----------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, agrégé . . . | { | Chargé du cours de chirurgie orthopédique<br>chez l'adulte pour les accidents du travail,<br>les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| FREY . . . . .              |   | Stomatologie.                                                                                                                               |
| N . . . . .                 |   | Éducation physique.                                                                                                                         |
| LEDOUX-LEBARD . . . .       |   | Radiologie clinique.                                                                                                                        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU  
Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires ,  
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand  
honneur de présider cette thèse

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION  
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

A qui nous devons l'idée première  
et la matière de notre étude.

Notre vive reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

---

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

Pour ses leçons, ses exemples, sa bonté.  
Notre plus profonde gratitude.

---

MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR VEAU

MONSIEUR LE DOCTEUR BOULLOCHE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

## L'Epididymectomie, traitement de la tuberculose génitale

---

L'Epididymectomie dans la tuberculose génitale n'offre pas l'exemple d'un traitement chirurgical ancien, d'une efficacité longuement éprouvée et unanimement admise. On la pratique depuis quelques années à peine, et bien qu'en grande faveur auprès de certains praticiens, elle n'est pas d'un emploi courant dans tous les services de chirurgie. Ignorée parfois des médecins, accueillie avec réserve par des chirurgiens elle constitue en fait un mode opératoire nouveau, dont la valeur et la portée n'ont été, semble-t-il, exactement définies que tout récemment, dans un article de M. le Professeur Marion (1).

Cet article est le point de départ de notre étude. Il nous a frappé par la rigueur de ses arguments et la fermeté de ses conclusions en faveur de l'épididymectomie, et l'idée nous a paru intéressante de développer une question posée avec tant de netteté, en nous appuyant sur les observations mêmes que M. le Professeur Marion nous permettrait de recueillir dans son service de l'hôpital Lariboisière.

Puis, au cours de nos recherches sur les travaux antérieurs consacrés à la tuberculose génitale chez l'homme, nous avons suivi avec curiosité le lent apport de matériaux, qui, pendant le siècle dernier, s'est fait autour du problème, et qui, transformant peu

---

(1) De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *Presse médicale* n° 12, du 10 février 1923.

à peu les notions acquises, dissipant les erreurs, a conduit les opérateurs actuels à tenter l'épididymectomie comme traitement presque exclusif des lésions tuberculeuses génitales.

Tout l'intérêt scientifique de l'épididymectomie nous est apparu, et nous avons mieux compris la nécessité de le mettre en lumière, en montrant de quelle longue chaîne d'observations et d'expériences, ce mode opératoire est le dernier anneau.

Nous nous proposons donc dans notre étude, en premier lieu, d'examiner du point de vue critique les recherches successives qui se sont faites sur la tuberculose génitale chez l'homme et sur ses traitements, pour aboutir, de nos jours, à l'épididymectomie telle que semble l'avoir établie en principe M. le Docteur Marion, ensuite, d'indiquer, en nous appuyant sur les expériences mêmes de M. Marion, la place que mérite l'épididymectomie dans le traitement de la tuberculose génitale, en raison de ses résultats opératoires.

---

## CHAPITRE PREMIER

### Evolution des idées vers l'épididymectomie dans la tuberculose génitale

---

Comme toute découverte de la science, l'épididymectomie est le produit d'une élaboration, qui s'est faite lentement autour d'observations et de théories multiples. Et si, par une progression continue, les chercheurs actuels ont franchi le point où s'étaient arrêtés leurs devanciers, du moins la voie leur était ouverte, et laissait même entrevoir le but aujourd'hui atteint. Il suffit, pour le constater, de passer rapidement en revue les travaux importants consacrés à la tuberculose génitale chez l'homme pendant tout le XIX<sup>e</sup> siècle.

C'est en effet du siècle dernier que datent les premières recherches sérieuses se rapportant à cette matière. Nous n'en donnerons pas une analyse, faite depuis longtemps déjà par Dufour, lequel dans sa thèse (1) (1854), résume et définit les découvertes de Laennec, Bayle, Curling, Vidal, Velpeau, Cruveilhier, etc. sur les affections tuberculeuses du testicule. Remarquons d'abord que ces découvertes ont trait principalement à la nature et à l'évolution des tubercules du testicule, ainsi qu'à leur rapport avec la tuberculose pulmonaire ; ensuite que les lésions du testicule, et elles seules, constituent à la fois la base, le centre et l'objet de toutes ces recherches tendant à

---

(1) Etude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires.

établir la plus exacte notion et le remède le mieux approprié de la tuberculose génitale.

Dufour suit la même méthode, fixe son attention sur les mêmes lésions, et en définitive conseille la castration, reconnaissant d'ailleurs la vanité de ce remède qu'il qualifie de dangereux et d'illusoire. Ici un fait curieux est à noter. Dufour, s'appuyant sur les observations déjà recueillies et sur les siennes propres, *souligne*, sans le vouloir peut-être, *l'importance des lésions de l'épididyme*, dans la tuberculose génitale. De l'avis général des auteurs, dit-il, il apparaît que la lésion débute le plus souvent par l'épididyme. Cruveilhier dans son « Anatomie pathologique » montre bien la marche de la maladie de l'épididyme vers le testicule, et du corps d'Highmore vers la périphérie de la glande. Enfin, l'affection peut rester longtemps localisée dans l'épididyme, avant de s'étendre au testicule.

Bien mieux, Dufour cite, dans les observations I et X de sa thèse, le cas de deux malades à qui, après un traitement pour une tumeur de l'épididyme, on enlève le testicule. Or, à l'examen, chez le premier, *la substance du testicule enlevé est parfaitement saine* ; le second, *l'épididyme et le corps d'Highmore sont transformés en une masse jaunâtre, le testicule paraît sain*.

Ces deux observations sont typiques, et il nous a plu de les rappeler, parce qu'elles offrent, en se complétant, un double intérêt. La première montre que l'épididyme peut-être atteint sans qu'il y ait lésion du testicule ; la seconde semble indiquer que la lésion de l'épididyme se transmet au testicule, en touchant sa partie la plus proche, le corps d'Highmore, ce

qui, nous l'avons vu, avait était déjà noté par Cruveilhier. En partant de ces constatations, le chemin n'était pas long pour arriver à l'épididymectomie, après s'être détourné de la castration. Mais Dufour n'a pas su faire le premier pas en avant. Trop absorbé par l'étude des lésions du testicule, lorsqu'il s'est trouvé en présence de lésions de l'épididyme, il s'est contenté de les citer au passage, comme un accessoire, sans même songer qu'elles pouvaient jouer, en dehors du testicule, un grand rôle dans la tuberculose génitale, et que leur examen mieux compris donnerait peut-être des résultats inattendus.

Un an après la thèse de Dufour, en 1855 paraît la thèse de Fossard (1), qui a son tour étudie la tuberculose génitale. Ce travail, bien moins important, il est vrai, que le précédent, soulève les mêmes critiques. Fossard, ne découvrant pas d'autre remède, conseille la castration, qu'il considère néanmoins, ainsi que Dufour, comme une opération illusoire, pouvant même constituer un danger, car elle facilite, selon lui, le développement de la diathèse tuberculeuse. L'ablation du testicule est donc le seul traitement possible ; s'il est inutile dans les cas où il y a phtisie pulmonaire, du moins il s'impose lorsque l'état général est bon ; alors, dès qu'on a posé le diagnostic, il faut opérer immédiatement. Dans l'évolution de la maladie, la phase de la fonte complète, suivant celle de la fistulisation, peut amener la mort. Heureusement on n'attend pas jusque là, on opère à temps, et, ajoute Fossard, *cela est à la gloire de la chirurgie*.

La conclusion est la même que chez Dufour, et de

---

(1) De l'orchite tuberculeuse.

même que Dufour, Fossard remarque les altérations fréquentes de l'épididyme où la maladie se présente dans un degré plus avancé que partout ailleurs, attaquant d'abord la tête, ordinairement plus chargée de tubercules, puis le corps et la queue. Il rappelle en outre l'opinion de Ricord allant jusqu'à établir comme une loi que, s'il y a des tubercules dans d'autres parties des voies séminales, on en trouve toujours dans l'épididyme. Mais Fossard ne va pas plus loin. Les lésions de l'épididyme ne l'intéressent, en quelque sorte, que comme des points accessoires de la tuberculose génitale, dont le testicule demeure le centre, à elles seules elles sont sans grande importance, et ne sauraient servir de base à un traitement nouveau.

Les recherches restent donc dirigées dans le même sens, mais quelques observateurs, s'écartant, par moment, de la voie habituellement suivie, ajoutent d'autres jalons aux jalons déjà dressés sur le chemin nouveau qui lentement se dessine.

En 1860, Desprez dans sa thèse (1) décrit les affections tuberculeuses du testicule comme suivant une marche lente ou une marche rapide, et il note que *l'affection à marche rapide succède toujours aux épididymites*.

De son côté, Cruveilhier essaye de montrer que si les affections tuberculeuses du testicule sont purement locales, sans connexion avec la tuberculose pulmonaire, du moins elles sont en connexion avec les affections des autres parties de l'appareil génito-urinaire. Puis, afin de connaître leur développement, il étudie les points de départ de la tuberculisation, et il

---

(1) " Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule ".

culose testiculaire (1). En France, c'est Villeneuve, qui semble avoir fait la première expérience de ce genre. Sous son nom on trouve dans les Annales chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Marseille, de l'année 1890-91, une observation dont le titre est significatif. « Testicule tuberculeux ; résection de l'épididyme et de 12 centimètres du canal déférent : Guérison », et dont voici en résumé le contenu :

L... 35 ans, ascendants bien portants ; pas d'antécédents de scrofule dans la jeunesse ; deux ans auparavant, légère tuméfaction et douleur du testicule gauche, qui cèdent au repos. Un an après, tuméfaction à la partie inférieure du scrotum ; le malade entre à l'hôpital deux ans après les premiers symptômes, à ce moment, l'épididyme du côté gauche est gros, bosselé, nettement tuberculeux ; le toucher anal révèle une tumeur de même nature du côté des vésicules séminales ; le canal déférent est également tuberculeux. Opération : les bourses incisées, on arrive sur l'épididyme, qui est entièrement détaché du testicule ; celui-ci, touché au thermo au niveau des foyers caséux, est laissé en place, appendu aux éléments du cordon, sauf le canal déférent, qui est réséqué sur une longueur de 12 centimètres ; on ne touche pas aux vésicules séminales. Suites simples et guérison rapide. Le malade revient se faire examiner deux mois après. Fait important à noter : la saillie formée dans le rectum par les vésicules séminales n'est presque plus perceptible ».

C'est là un exemple précis et complet d'épididymectomie, dont nous voyons déjà, en tant qu'opération,

---

(1) Traitement opératoire de la tuberculose testiculaire par la résection de l'épididyme. Leipzig, 1886.

nombre. Avec les données plus exactes de l'autopsie, on obtient un tout autre résultat, et Reclus cite des chiffres à l'appui : sur 24 cas notés dans le Bulletin de la Société anatomique depuis 1863, plus 10 autopsies faites par lui-même, soit au total 34 cas :

Tubercules de l'épididyme et du testicule 27 cas

Tubercules de l'épididyme seul. 7 cas

Au contraire sur 22 cas sans examen microscopique :

Tubercules de l'épididyme et du testicule. 10 cas

Tubercules de l'épididyme seul. 12 cas

Sans hésiter Reclus s'en réfère pour ses conclusions au tableau des autopsies, non à celui des observations cliniques. Mais il fait cette réserve, qu'au moment de l'autopsie, les lésions sont plus anciennes et ont eu plus de temps pour *se propager de l'épididyme au testicule*.

Qu'est-ce à dire ? cette réserve pourrait bien être l'origine de remarques intéressantes au sujet de la marche de la maladie. Mais non, Reclus ne s'y attarde pas, jugeant inutiles les discussions sur la route que suit la tuberculose génitale. Va-t-elle du testicule à la prostate, ou de la prostate au testicule ? Les avis sont partagés. Quant à lui, il pense que l'évolution des tubercules est souvent simultanée dans les deux organes, car il a souvent trouvé dans tous les deux, *des granulations et des produits caséeux paraissant du même âge*.

Ainsi, l'affection du testicule compte seule à ses yeux, et lui fait regarder comme secondaire, celle des autres organes génitaux. En particulier, ce n'est jamais sans restrictions qu'il note les lésions de l'épididyme. Il dira, par exemple, à propos des symptômes de l'orchite tuberculeuse : « l'augmentation de volume

est due surtout au gonflement de la glande, que d'ailleurs la tuméfaction n'atteint pas également dans toutes ses parties. Les altérations siègent plutôt sur l'épididyme. Cependant il nous faut faire des réserves, et nous devons dire de préférence, *les alternations apparentes*, car si l'examen clinique ne permet souvent de reconnaître aucun gonflement, aucune induration dans le testicule, nous avons trouvé ce dernier sérieusement envahi dans 4 cas où l'examen anatomique de l'organe a été pratiqué ».

Mais il ajoute aussitôt : « Quoiqu'il en soit, c'est *le gonflement de l'épididyme, qui domine dès l'abord* ; il en est ainsi, du moins, dans huit de nos observations ».

Ces constatations faites dans l'esprit que nous avons dit, ne conduisent naturellement à aucune conclusion nouvelle. Reclus s'arrête au même point que ses prédécesseurs : le seul traitement qui s'impose, c'est l'abstention ou la castration. Loin d'amener un progrès dans l'étude des remèdes de la tuberculose génitale, les observations de Reclus marquent un arrêt, et même un recul.

En effet, dès 1851, dans une communication à l'Académie de Médecine, Malgaigne proposait la resection des foyers caséeux de l'épididyme. Reclus, fort au courant de tous les travaux antérieurs, ne néglige pas de parler du procédé de Malgaigne. Il le décrit ainsi, très exactement : « on circonscrit avec le bistouri les téguments où se trouve l'orifice de la fistule, le trajet de cette fistule, et l'abcès où elle prend naissance ; on pénètre, s'il le faut, jusque dans l'épaisseur du parenchyme testiculaire ».

Mais Reclus déclare que pareille méthode est peu

ou bilatérale et aucun de ces malades ne revint pour la castration ».

Ils rapportent en ces termes, le résultat final de soixante et onze cas de tuberculose de l'épididyme : « après l'ablation de l'un ou des deux épididymes, la grande majorité des malades reviennent à la santé et augmentent de poids. Aucun cas n'a été suivi de récurrence dans le testicule du côté opéré ».

Le succès des opérations partielles s'affirme chaque jour davantage, et la conservation du testicule apparaît de plus en plus comme une nécessité primordiale. Voici comment s'exprime à ce sujet Lapeyre (de Tours) (1). « La tuberculose génitale de l'adulte, dans sa forme primitive, est une affection lente, bénigne, essentiellement chirurgicale, et doit être opérée de manière précoce. Une exérèse large, dépassant la lésion, est la méthode de choix, sous la double réserve de chercher à conserver le testicule intact dans 50 % au moins des cas, et de négliger les lésions prostatovésiculaires, peu accentuées, qui ont tendance à la guérison spontanée ».

On note, il est vrai, quelques retours à la conception de Reclus, qui n'est pas complètement abandonnée. C'est ainsi que le Dr Samuel (de Bonn) apporte les conclusions suivantes : « En définitive, l'expérience la statistique et l'histologie, commandent la castration dans la tuberculose de l'épididyme. L'examen de six testicules dont l'épididyme était malade, donne les résultats suivants : 2 testicules présentaient des signes de tuberculose, 3 des traces d'inflammation, un seul était normal » (2).

---

(1) Archives générales de chirurgie, n° 7, 25 Juillet 1912.

(2) Le testicule dans la tuberculose de l'épididyme (*Wiener klinische Rundschau*, n° 47 et 48, 12 et 19 novembre 1911).

constate qu'ils sont : 1°) *Dans l'épididyme* 2) *Dans la prostate.*

Dès ce moment est acquis un fonds important d'observations, grâce auxquelles apparaît le grand rôle que jouent les lésions de l'épididyme, dans le développement de la tuberculose génitale. Ce fonds, saura-t-on désormais l'utiliser pour en tirer les procédés nouveaux, qu'il contient en germe ? Il semblerait tout d'abord que pareil espoir n'est point permis. Dans cette progression lente vers la vérité à établir, un recul se produit avec Reclus dont la thèse : « du tubercule de la testicule et de l'orchite tuberculeuse (1876), représente un gros travail sur la question.

Les observations de ses prédécesseurs ayant trait aux lésions de l'épididyme ne lui ont pas échappé, et il les aborde de front pour en mesurer l'exacte valeur, sans voir d'ailleurs que là peut-être est le nœud du problème. Dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, avant de décrire les alterations du testicule, il pose au préalable la question suivante : le testicule et l'épididyme sont-ils indistinctement atteints, ou la tuberculose a-t-elle dans l'un ou dans l'autre, un siège de prédilection ?

Reclus reconnaît comme exceptionnels les cas, où le testicule est atteint sans que le soit également l'épididyme ; mais ces cas exceptionnels existent, et ils suffisent à montrer l'excessive rigueur de la loi de Ricord.

Cette restriction faite, il examine les cas, où des noyaux caséeux se trouvent uniquement dans l'épididyme. Ces cas sont beaucoup plus fréquents, certes, mais Reclus nous met en garde contre les observations cliniques, qui en exagèrent considérablement le

et les caractères et les temps successifs et les résultats. Mais cette opération n'est pas fixée dans son principe, elle est donnée comme un cas particulier, et Villeneuve n'en tire aucune conclusion générale. Néanmoins, elle suffit à prouver qu'une idée nouvelle est née, à savoir, l'idée d'opération partielle, moins mutilante que la castration, et qu'elle s'affirme, par des tentatives du genre de celle de Villeneuve, comme devant conduire aux meilleurs résultats.

Nous sommes déjà loin de la conception de Reclus concluant à la castration, en dépit de tous les graves inconvénients, qui en découlent. Les chirurgiens s'attacheront désormais à conserver le testicule, dans le plus grand nombre de cas possible, et tendront, à cet effet, vers un traitement chirurgical économique, dans le traitement de la tuberculose génitale.

L'exemple de Villeneuve est donc suivi, et Duplay en 1890, Humbert en 1891, Lejars en 1893, Tillaux et Pujol en 1896, font des épидидymectomies, chacun avec des procédés opératoires, qui lui sont propres.

En 1898, paraît une thèse « de l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire ». Dans cette thèse inspirée par M. le D<sup>r</sup> Legueu, son auteur Audebal, se prononce en faveur de l'épididymectomie, préférable incontestablement à la castration, et dont il montre les avantages marqués sur les autres traitements de la tuberculose testiculaire. Voici ses conclusions :

a) Toute intervention chirurgicale portant sur l'épididyme et le testicule sera nécessairement une opération partielle.

b) A la période des tubercules crus, on comprend l'abstention de la plupart des chirurgiens ; on ne saurait imposer au malade la castration précoce. Si on

intervient, il faut avoir recours à une opération conservatrice.

c) A la période des abcès et fistules, il faut opérer. Mais il vaut mieux encore l'épididymectomie que la castration.

d) Les résultats éloignés de l'épididymectomie sont bons, soit au point de vue local, soit au point de vue général.

Il est à noter que ces conclusions établissent surtout la nécessité d'une opération conservatrice, l'épididymectomie en est une, excellente dans beaucoup de cas, et préférable à la castration, mais le principe qui doit la fixer comme traitement presque exclusif de la tuberculose génitale, n'apparaît pas encore. C'est qu'en effet, Audebal, après tant d'autres, nous l'avons vu, prend uniquement comme base de ses recherches les lésions tuberculeuses du testicule, et il ne saisit pas le sens profond des lésions épididymaires, séparées en quelque sorte, des lésions testiculaires, même après avoir constaté justement que le testicule est généralement sain au début de l'affection, et que l'épididyme est le siège le plus avancé des lésions de l'appareil testiculaire.

Ainsi, durant plusieurs années, sans qu'aucun principe s'établisse, on assiste au progrès continu de l'épididymectomie, dont les applications se multiplient, et donnent lieu à des observations d'un intérêt toujours croissant.

Les Docteur Dellinger, J. Burney de Boston (1) analysent 153 cas d'épididymite tuberculeuse : « Cinquante fois, disent-ils, on fit l'épididymectomie uni

---

(1) Epididymite tuberculeuse. Analyse de 153 cas (*The american journal fourrology*, vol. VII, n° 12. Décembre 1912).

raisonnable. L'évolution de la maladie se faisant, selon lui, simultanément dans les différents organes génitaux, on ne saurait avoir un foyer caséeux unique, il y en a plusieurs, et la résection d'un seul reste sans effet. C'est pourquoi, dit-il ce mode de traitement est *presque tombé dans l'oubli, et nous pensons que c'est justice.*

Nous ne soutiendrons pas que Malgaigne mesurant la vraie portée de son opération partielle, ait eu nettement dans son esprit la conception de l'épididymectomie, telle qu'elle se pratique de nos jours. Sans doute a-t-il voulu simplement conserver le testicule, dont l'ablation lui paraissait être cause de troubles graves dans l'organisme. Il rapporte à ce sujet, les cas de malades, que la castration a menés à l'hypochondrie, parfois même au suicide. Quoiqu'il en soit, il est regrettable que son procédé soit passé inaperçu. Si ses successeurs avaient mieux compris et mieux apprécié sa tentative, ils ne se seraient peut-être pas contentés de présenter comme des documents accessoires, leurs observations sur les lésions de l'épididyme, et ils en auraient fait une base de travaux plus approfondis et mieux dirigés. Surtout, si Reclus n'avait pas prononcé contre le procédé de Malgaigne une sorte de condamnation sans appel, on aurait peut-être, vu naître plus tôt la conception qui de nos jours, a établi en principe l'épididymectomie, dans le traitement de la tuberculose génitale.

Toutefois, le procédé de Malgaigne ne devait pas tarder à être repris. Vers 1880, Bardenheuer, en Allemagne, pratique une véritable épididymectomie, et la présente comme le traitement opératoire de la tuber-

celui-ci ayant pu être examiné opératoirement avec très souvent incision du parenchyme de façon à en vérifier l'intégrité ». Il conclut alors en se basant sur ses propres chiffres, bien éloignés des chiffres de Reclus :

« 1<sup>o</sup>) la tuberculose frappant d'emblée simultanément le testicule et l'épididyme est l'exception.

2<sup>o</sup>) d'une façon générale, primitivement la tuberculose frappe exclusivement l'épididyme, et ce n'est que tardivement que le testicule est envahi ; parfois il ne l'est jamais, quel que soit le degré auquel arrivent les lésions de l'épididyme. »

Il ressort de là que, huit fois sur dix la tuberculose génitale atteignant l'épididyme sans toucher le testicule, l'épididymectomie sera possible, sans qu'il en coûte rien au testicule, et par conséquent devra être tentée, en raison même des excellents résultats, qu'elle a déjà permis d'enregistrer. L'épididymectomie sera donc le traitement de choix, ou tout simplement, le traitement de la tuberculose génitale.

Ici, une objection se présente : lorsque les lésions sont arrivées à suppuration ou à fistulation, on peut penser que le testicule est envahi, et que l'ablation de l'épididyme seul est impossible. Mais M. Marion réfute vigoureusement pareille objection : « Combien de fois, dit-il, me suis-je attaqué à des épididymes suppurés, fistuleux, ayant provoqué du côté de la peau des lésions œdémateuses, scléreuses, inflammatoires, fistuleuses, toutes lésions paraissant ne permettre que la castration ! or l'épididyme enlevé avec les fistules et les portions cutanées ou sous-cutanées malades, il restait un testicule absolument sain, sans trace de lésions, et le malade guérissait complètement.

les traitements de la tuberculose génitale, ont évolué nettement, comme nous l'annoncions en tête de ce chapitre, vers l'épididymectomie. Les résultats pratiques de cette opération, dans certains cas, sont désormais mis en lumière, et justement appréciés, il reste maintenant à découvrir les raisons profondes qui la commandent, et le principe qui doit la fixer comme le traitement, dans presque tous les cas, de la tuberculose génitale.

---

## CHAPITRE II

### L'Épididymectomie, traitement de la tuberculose génitale

---

Deux ordres de faits, que nous avons longuement exposés, devaient conduire au résultat annoncé, à la fin du précédent chapitre, à savoir : l'institution de l'épididymectomie comme traitement de la tuberculose génitale.

D'abord, jusqu'en 1880, toutes les observations, et celles-là même des partisans de la castration, avaient mis en relief l'importance des lésions de l'épididyme ; puis, après 1880, les opérations partielles se substituant peu à peu à la castration, de multiples expériences avaient montré les heureux effets obtenus par l'épididymectomie.

Mais on ne concevait pas encore clairement que les lésions de l'épididyme pussent jouer dans la tuberculose génitale un rôle capital, et qu'en conséquence une intervention chirurgicale, dont l'épididyme eût été le principal ou même l'unique objet, fût capable, dans la plupart des cas, d'amener la guérison. Le testicule demeurait le centre de toutes les observations, et l'épididyme n'était, en quelque sorte, examiné que secondairement.

C'est qu'en effet, les statistiques de Reclus étaient généralement admises. Or ces statistiques établissant que dans les deux tiers des cas de tuberculose génitale, non seulement l'épididyme est atteint, mais éga-

tion de l'un ou des deux épидидymes, les malades en grande majorité sont revenus à la santé, et ont augmenté de poids ; pas un seul cas n'a été suivi de récédive dans le testicule du côté opéré.

L'existence de lésions prostatiques et vésiculaires, semble ne pas être une contre-indication à l'épididymectomie. « Maintes fois, dit M. Marion, j'ai vu des lésions vésiculaires importantes rétrocéder à la suite d'une épидидymectomie; dans les autres cas, elles ne se sont pas aggravées et ne se manifestaient pour le malade par aucun trouble fonctionnel. M. Marion rapporte le cas d'un malade de M. Lederman, de Sèvres, chez lequel il intervint pour une tuberculose génitale double. Ayant constaté des granulations nettes dans les deux testicules, il pratiqua l'épididymectomie bilatérale, abandonnant les lésions testiculaires à leur sort. Deux ans après, le malade revint se faire examiner : les deux testicules étaient un peu durs, mais en somme les lésions s'étaient pour le moins immobilisées depuis la suppression des épидидymes. Il semble donc que la suppression des lésions de l'épididyme a une action favorable sur les lésions des vésicules, de la prostate, et peut-être même du testicule.

Devant de tels résultats, il semble que toutes les réserves que nous avons vu émettre pour limiter l'emploi de l'épididymectomie, devraient tomber. Il en est d'autres, deux en particulier, que M. Marion s'est attaché également à combattre. Ce sont des réserves, venues, non plus des chirurgiens, mais des médecins.

D'abord beaucoup de médecins s'imaginent que la suppression de la tuberculose épидидymaire expose le malade à des généralisations, et qu'il est préfé-

Mais il s'agit d'une opinion isolée, incapable d'agir sur les esprits et de détourner les praticiens de la voie où ils sont définitivement entrés. Un résultat, auxquels on ne saurait plus rien changer, est désormais atteint : la castration est rejetée, dans la plupart des cas, les opérations partielles et en particulier l'épididymectomie, recueillent la plus grande faveur, en raison même de leurs effets. Pour se rendre exactement compte des conditions dans lesquelles se pose la question de la tuberculose génitale à ce moment, il suffit de lire cette page que nous extrayons du " Traité chirurgical " de M. le Professeur Legueu (1910) : « La castration n'est pas aussi en vigueur en France qu'il y a quelques années. Elle ne saurait plus être érigée aujourd'hui en traitement de choix de la tuberculose testiculaire ; elle est une opération de nécessité, à utiliser quand on ne peut faire à moins, c'est-à-dire, quand le testicule est lui-même envahi par la tuberculose au point que toute conservation est devenue impossible. L'épididymectomie a pris la première place en France, du moins dans les opérations partielles, elle a été vulgarisée par Villeneuve, Humbert, Quénu, Schwartz, Lejars, Pujol. L'opération est suffisante sans être excessive. Les résultats immédiats et éloignés sont très favorables. Pour obtenir ces résultats, il faut que la tuberculose soit localisée à l'épididyme ». Et nous lisons dans les « Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel Dieu, 1901), par M. Legueu » : « Une notion capitale domine la thérapeutique chirurgicale de la tuberculose du testicule ; c'est celle-ci : *la tuberculose testiculaire est avant tout une tuberculose épididymaire* ».

De tout ce qui a été dit, il ressort que les idées sur

Il ne faut donc pas s'imaginer que, parce qu'il existe des lésions épididymaires considérables et avancées, on ne peut pas supprimer l'épididyme sans toucher au testicule ».

Cela établi, rien ne saurait plus s'opposer à ce qu'on pratique, dans le plus grand nombre de cas possible, l'épididymectomie. En effet une telle opération offre des avantages nombreux et nettement marqués.

Elle est d'abord extrêmement simple, très bénigne, en ce sens que, si elle est délicate dans le cas de lésions suppurées, fistuleuses, et si elle exige une certaine expérience chirurgicale, du moins elle est d'une technique claire, et elle ne produit jamais d'accidents locaux.

Ensuite, l'épididymectomie est une opération non mutilante, et c'est là un point capital. Elle permet de conserver le testicule, et nous connaissons, toute l'influence des glandes à sécrétion interne sur le métabolisme de l'organisme et le développement de plusieurs maladies. Les altérations que l'hypo ou l'hyperfonction de ces glandes apportent dans l'organisme, sont de plus en plus mises en évidence, soit par l'observation clinique, soit par le laboratoire. Quant au testicule, du seul point de vue psychologique, chacun sait quelle importance il faut attacher à sa conservation. Malgaigne parlait d'un « testicule moral » ; Dupuytren note dans ses cliniques que beaucoup d'amputés du testicule se suicident, d'autres meurent de chagrin » ; « le testicule qu'on laisse dit M. Quénu, n'a pas seulement une valeur morale ; il n'est pas déraisonnable d'admettre que bien que privé de ses voies d'excrétion, il continue à

exercer sur le système nerveux une influence considérable ».

Après l'ablation de l'épididyme, le testicule sera infécond, mais il ne s'atrophiera pas. Il conservera sa sensibilité particulière, et le malade le croira très valide, et cela d'autant mieux que chez lui le sens génésique sera conservé.

Par contre que sacrifie l'épididymectomie ? la mutilation qu'elle provoque est quasi nulle. L'épididyme n'est qu'un canal excréteur, dont les lésions tuberculeuses amèneront fatalement l'obstruction, et dont le rôle, par conséquent, est perdu d'avance ; la fonction spermatique du testicule sera détruite dans tous les cas. En fait il n'enlève rien à l'organisme, lorsqu'on le supprime et quel malade ne consentirait à cette suppression d'un canal qu'il ne voit pas, et grâce à laquelle il pourra garder intact son testicule ?

Simple, bénigne, non mutilante, l'épididymectomie est enfin et surtout une opération efficace. M. Marion donne les renseignements suivants sur 24 de ses opérés d'épididymectomie : 4 sont morts de lésions tuberculeuses pulmonaires survenues dans un délai de un an et demi à sept ans après l'opération, mais ils étaient guéris du côté de leur tuberculose génitale ; 2 ont été opérés du testicule qui leur avait été laissé ; 19 sont restés guéris complètement et définitivement de leurs lésions tuberculeuses génitales, et n'ont pas eu d'autres manifestations.

A ces chiffres si probants de M. Marion, nous ajouterons ceux donnés par MM. Dellinger, Burney (de Boston), et que nous avons cité plus haut. Sur 71 cas de tuberculose de l'épididyme, après l'abla-

lement le testicule, établissaient du même coup l'inefficacité et même l'inutilité et l'épididymectomie pour ce même nombre de cas. Ainsi, les opérateurs, sur la foi des données de Reclus, étaient pénétrés de cette idée que l'épididymectomie ne pouvait produire ses heureux effets que dans les cas de tuberculose localisée de l'épididyme, soit une fois sur trois.

Mais d'autres constatations, récentes, faites par M. le Professeur Marion, en démontrant l'inexactitude des chiffres de Reclus, devaient faire entrer la question dans une phase nouvelle, nous dirions volontiers, sa dernière phase.

Exposant les résultats de ses observations, dans l'article de la Presse Médicale cité plus haut, M. Marion combat d'abord la statistique de Reclus (1), *contre laquelle il déclare s'inscrire en faux de la façon la plus énergique et la plus formelle*. Il cite à l'appui, les cas de 70 malades opérés par lui-même, tant en ville qu'à l'hôpital, entre 1918 et 1922 : sur ces 70 opérés, il y a eu 42 épididymectomies unilatérales, 13 épididymectomies bilatérales, 3 épididymectomies pratiquées en même temps que la castration du côté opposé, 9 castrations pour lésions tuberculeuses du testicule, 2 castrations commandées, bien que le testicule fût intact, par l'impossibilité de séparer dans le cordon les vaisseaux et le canal déférent à cause de la funiculite, 1 curetage.

« En somme, dit-il, si l'on tient compte des lésions, on trouve que, sur 95 lésions génitales, dans 13 cas seulement les lésions existaient du côté du testicule,

---

(1) Remarquons, en passant, que des observations avaient été précédemment recueillies dans le service Civile à Lariboisière, dirigé par M. Marion, et que dès 1912, M. le Dr Marinesco avait préconisé l'épididymectomie, dans un article du Journal d'urologie : « De l'épididymectomie as la tuberculose génitale ».

nable pour le sujet de garder son foyer tuberculeux plutôt que de le faire supprimer chirurgicalement. A cela M. Marion répond par la statistique donnée plus haut : Sur les 70 cas opérés, qu'il se soit agi d'épididymectomie ou de castration, aucun malade n'a fait sur le champ une localisation secondaire : je ne peux pas dire que, lorsque nous touchons à un foyer tuberculeux, nous n'observions de temps en temps un réveil de tuberculose en un autre organe, mais ce que je puis affirmer, c'est que les 70 opérés sont tous sortis de l'hôpital ou des maisons de santé sans avoir présenté un réveil immédiat de la tuberculose. Un de mes malades, jeune homme opéré en ville en même temps pour une tuberculose rénale et pour un épидидyme tuberculeux, a présenté, cinq mois après son opération, alors qu'il se trouvait en parfaite santé, des accidents méningitiques auxquels il a succombé. Peut-on dire que ce soit l'épididymectomie plutôt que la néphrectomie qui ait déterminé cet accident ? Il est possible également que ni l'une ni l'autre de ces interventions ne soient responsable de cette autre localisation, le jeune homme ayant des tuberculoses depuis de nombreuses années et présentant des phénomènes cachectiques progressivement croissants auxquels avaient provisoirement remédié les deux opérations pratiquées ».

Après avoir réfuté ce premier argument des médecins contre l'épididymectomie, M. Marion montre avec quelle réserve il faut accueillir le second argument, d'après lequel la tuberculose génitale guérirait assez souvent par le traitement médical. « Cette formule, dit-il, est fautive à coup sûr pour les malades de la classe pauvre. Il est exact, par contre, que,

dans les cas où les lésions sont tout à fait au début, le traitement médical paraît efficace chez les malades de la classe aisée. Mais au prix de quels sacrifices ? » ; séjour dans les climats chauds, pendant plusieurs années, cessation de toute activité ; et parfois après ce traitement suivi rigoureusement, les lésions, dans la moitié des cas, ne retrocèdent pas, s'aggravent parfois, et souvent ces lésions sont trop avancées pour permettre une intervention efficace. Chez ces malades qui peuvent se soigner, la tuberculose génitale guérit une fois sur deux.

Ainsi, l'abstention n'est pas à recommander dans le traitement de la tuberculose génitale, puisque un seul sujet sur deux obtient la guérison, et à condition qu'il puisse se soigner de façon continue et minutieuse, ce qui est impossible à la grande masse des malades pauvres.

Il faut donc opérer, et pratiquer l'épididymectomie dont notre exposé vient de montrer les avantages et l'efficacité. Il semble qu'il ne puisse plus y avoir de doute à cet égard : l'épididymectomie doit être considérée, huit fois sur dix, comme le traitement unique et efficace de la tuberculose génitale.

Sans doute ne voulons-nous pas réduire à zéro la part des autres traitements, qui pourront être utiles dans certains cas, tout au moins au début des lésions ; mais, en raison de leur faible importance au regard de l'épididymectomie, nous nous bornerons à les nommer à titre de simple indication : les résolutifs et les révulsifs, les caustiques, la cautérisation ignée, les injections sclérosantes.

Signalons le traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par la ligature du cordon spermatique, préconisée par M. Mauclaire (1).

---

(1) *Presse Médicale*, 22 septembre 1900.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

---

Elle a été décrite par M. le Professeur Marion et un certain nombre de ses élèves. Nous en donnerons donc les principaux temps en un résumé que nous empruntons à l'article même de M. Marion.

L'épididymectomie, pour être bien faite, doit être pratiquée de façon très méthodique.

Le premier temps consiste à sortir la masse testiculo-épididymaire du scrotum, emportant avec elle, s'il y a lieu, la peau adhérente ou fistuleuse. Cet isolement de la masse et du scrotum étant bien réalisé, il faut ouvrir la vaginale. Cette ouverture de la vaginale réalisée, soit simplement par incision si les deux feuillets ne sont pas adhérents, soit par décollement, on peut alors voir le sillon qui sépare le testicule de l'épididyme.

A ce moment, au bistouri, on circonscrit l'épididyme sur tout le pourtour du sillon qui le sépare du testicule ; on sera particulièrement prudent au niveau de la partie interne où pénètrent les vaisseaux testiculaires ; à ce niveau il faut inciser la vaginale, qui, du testicule se réfléchit sur l'épididyme.

Lorsqu'on a sectionné la vaginale sur toute l'étendue du sillon testiculo-épididymaire, ou commence le décollement de l'épididyme en partant de la queue et en serrant de très près le testicule condition importante. Peu à peu l'épididyme se détache, on sépare la tête au niveau de laquelle il faut sectionner les canaux éfferents du testicule.

L'épidyme étant à peu près complètement séparé du testicule, à ce moment un temps capital intervient. C'est celui de la section du repli de la vaginale qui entoure l'extrémité inférieure du testicule. Cette section est faite parallèlement au cordon à la partie interne ; elle permet de séparer les éléments du cordon et d'isoler le testicule et ses vaisseaux, d'un côté, de l'épididyme et du canal déférent de l'autre côté. On la pratiquera au bistouri en incisant longitudinalement la gaine vaginale qui entoure la partie inférieure du cordon. Testicule et cordon isolés, d'un côté, épididyme et canal déférent isolés de l'autre, on met une ligature au niveau de la partie moyenne du scrotum sur le canal déférent et sur les fibres musculaires qui ont été entraînées en même temps que l'épididyme, et on sectionne ; quelques vaisseaux ont pu être sectionnés qu'on lie avec grand soin.

Il semble inutile d'enlever une grande longueur du canal déférent. En effet quelle que soit la longueur du canal déférent enlevée, on n'enlève jamais complètement ce canal, et il restera toujours un moignon qui est la cause de fistules observées à la suite des épididymectomies. Si cette fistule existe au niveau du scrotum, elle sera très facile à traiter ; si elle existe dans la profondeur du petit bassin, elle sera d'un abord extrêmement pénible.

Si les lésions sont peu accentuées, non suppurées, on termine l'opération par une suture complète avec un drainage insignifiant, si les lésions sont suppurées, on rentre le testicule dans la bourse en le maintenant avec un tamponnement. La plaie se ferme rapidement. S'il se produit une fistulisation, quelques cautérisations ou un crayon au nitrate d'argent placé dans le trajet de la fistule provoque une escarre, et finalement le malade guérit sa tuberculose épididymaire de façon complète.

## OBSERVATIONS

---

OBS. I. M. B..., 38 ans, entre à l'hôpital le 30 mai 1921, pour augmentation de la masse testiculo-épididymaire survenue brusquement, il y a 3 semaines, sans grandes douleurs, actuellement atteignant le volume d'un citron ; la peau est œdématisée, adhérente surtout à la partie postérieure. En avant zone nettement fluctuante (vaginalite). Au palper on arrive sur une masse indurée, mal limitée, adhérente à la peau. Le canal déférent est légèrement augmenté de volume. Au toucher rectal, les canaux éjaculateurs sont durs, et ceci des deux côtés. Etat général médiocre. Quelques antécédents de bronchite.

Le 29 juin, épидидymectomie gauche pour bacillose.

Le malade quitte l'hôpital, le 13 juillet.

OBS. II. — M. B..., 29 ans, entre à l'hôpital, le 13 juin 1921, pour orchio-épididymite bacillaire gauche.

Le 2 juillet, épидидymectomie gauche. L'épididyme est infiltré de foyers caséeux. Le testicule relativement intact.

Le malade quitte l'hôpital, le 15 août.

OBS. III. — M. B..., 23 ans, entre à l'hôpital, le 17 octobre 1921, pour une petite augmentation de l'épididyme droit, qui est un peu augmenté de volume, surtout à la queue. Le déférent est gros et dur.

Le 29 octobre, épидидymectomie droite pour tuberculose.

Le malade quitte l'hôpital, le 18 novembre.

OBS. IV. — M. R..., 20 ans, entre à l'hôpital, le 6 avril 1922, pour épидидymite tuberculeuse gauche.

Le 8 avril, épидидymectomie par le procédé habituel.

Le malade a quitté l'hôpital, le 15 avril.

OBS. V. — M. B..., 17 ans, entre à l'hôpital, le 18 avril 1922, pour épидидymite tuberculeuse droite. On note un noyau épидidymaire à droite. Rien du côté des vésicules séminales ni du cordon.

Le 26 avril, épидидymectomie droite.

Le malade a quitté l'hôpital, le 4 mai.

OBS. VI. — M. J..., 15 ans, entre à l'hôpital, le 3 mai 1922, pour épидидymite tuberculeuse gauche, avec hydrocèle volumineuse, ayant débuté il y a un an. Etat général médiocre ; phénomènes pulmonaires très accentués.

Canal déférent normal. Rien du côté des vésicules.

Le 10 mai, épididymectomie gauche. Suture sur un petit drain.

Le malade a quitté l'hôpital, le 21 mai.

*Revu le 8 janvier 1923 : Excellent état.*

OBS. VII. — M. G..., 32 ans, entre à l'hôpital, le 15 mai 1922, pour épидидymite bacillaire du côté gauche, suppurée. Le 17 mai, épидидymectomie avec résection large du scrotum adhérent. Le testicule respecté est sain. Suture sur drain.

Le malade a quitté l'hôpital le 31 Mai.

OBS. VIII. — M. S..., 49 ans, entre à l'hôpital, le 12 juin 1922, pour épидидymite bacillaire droite. Castré à gauche

Le 14 juin, épидидymectomie droite. Mèche et drain sans réunion complète.

Le malade a quitté l'hôpital, le 1<sup>er</sup> juillet.

OBS. IX. — M. M..., 32 ans, entre à l'hôpital, le 12 juin 1922, pour épидидymite bacillaire droite.

Le 14 juin, épидидymectomie droite, ligature et section du canal déférent gauche.

Le malade a quitté l'hôpital, le 20 juin.

*Revu le 12 novembre : Excellent état.*

OBS. X. — M. M..., 25 ans, entre à l'hôpital, le 27 juin 1922, pour épидидymite bacillaire bilatérale. Tuméfaction considérable de la bourse du côté gauche, à la partie postérieure masse dure, adhérente à la peau, à droite épидидyme augmenté de volume de façon régulière. Il y a deux ans blennorragie. En décembre 1921, nouvelle orchite double et en février orchite droite, puis de nouveau orchite gauche. Entre temps des bronchites.

Noyau au niveau de la vésicule gauche.

Le 5 juillet, épидидymectomie simple à droite, le testicule reste de médiocre qualité, à gauche, castration, le testicule est en pleine fonte caséeuse ; l'épididyme est simplement envahi de granulations Kümmer.

Le malade a quitté l'hôpital, le 22 juillet.

OBS. XI. — M. K..., 33 ans, entre à l'hôpital le 3 juillet 1922, épидidyme fistuleux du côté droit. La queue est très augmentée de volume, très dure. Cordon normal. Vésicule séminale volumineuse. Epидidyme gauche induré.

Le 12 juillet, épидidymectomie bilatérale, suture avec drain  
Le malade a quitté l'hôpital, le 23 juillet.

OBS. XII. — M. Ch..., 37 ans, entre à l'hôpital, le 23 septembre 1922, pour épидidymite bacillaire gauche, apparue brusquement, il y a un mois, moyennement douloureuse.

Pas de blennorrhagie, antécédents pleuro-pulmonaires. Epидidyme gros bosselé, suppuré et prêt à s'ouvrir à la peau. Canal déférent légèrement gros et induré. Petit noyau prostatique à gauche. Pas de vésiculite.

Le 26 septembre, épидidymectomie gauche ; la plaie est restée ouverte et tamponnée.

OBS. XIII. — M. D..., 50 ans, entre à l'hôpital, le 25 octobre 1922, pour douleur dans le testicule à droite, douleur apparue spontanément il y a 3 jours. En même temps tuméfaction, rougeur, œdème de la peau. Au palper l'épididyme est gros, douleur, cordon un peu empâté. D'autre part depuis plusieurs années le malade accuse de la pollakiurie. Actuellement, il urine 4 fois la nuit, urines troubles. Jamais d'hématuries. La palpation des reins est négative. Pas d'écoulement urétral.

Le 15 novembre, épидidymectomie droite pour tuberculose.  
Le malade a quitté l'hôpital, le 26 novembre.

OBS. XIV. — M. G..., 43 ans, entre à l'hôpital, le 7 novembre 1922, pour épидidymite bacillaire droite, on trouve un noyau volumineux à la queue de l'épididyme, un noyau moins volumineux à la tête. Vésicule séminale droite volumineuse.

Le 18 novembre, épидidymectomie droite.

Le malade a quitté l'hôpital, le 29 novembre.

OBS. XV. — M. D..., 22 ans, entre à l'hôpital, le 2 novembre 1922, pour une fistule scrotale médiane antérieure, à la fin d'août, douleur de la bourse et augmentation de volume. Le 27 octobre, ouverture d'un abcès. Actuellement la fistule est adhérente à une masse du volume d'une noix, siégeant à la queue de l'épididyme droit. Du pus grumuleux sort de cette fistule. Noyau au niveau du lobe postérieur droit. Blennorra-

gie au début de 1921. Du gonocoque est trouvé dans le pus de cette fistule.

Le 18 novembre, épидidymectomie droite.

Les lésions ont nettement l'apparence bacillaire

OBS. XVI. — M. G..., 30 ans, entre à l'hôpital, le 5 décembre 1922, pour épидidymite bacillaire gauche suppurée. Vésiculite très marquée à gauche.

De 7 décembre, épидidymectomie gauche.

Le testicule semble sain.

OBS. XVII. — M. C..., 32 ans, entre à l'hôpital, le 18 décembre, pour épидidymite bacillaire droite. Début il y a 3 mois, noyau à la queue de l'épididyme.

Le 23 décembre, épидidymectomie droite.

Le malade a quitté l'hôpital, le 5 janvier 1923.

OBS. XVIII. — M. Sch..., 25 ans, entre à l'hôpital, le 12 mars 1923, pour épидidymite bacillaire double, on note à gauche, volumineux noyaux les uns suppurés, les autres fistuleux ; à droite, un noyau à la queue et un noyau à la tête.

Nephrectomie du côté gauche en. ..., état général actuellement parfait, urines limpides.

Le 14 mars, double épидidymectomie.

Le malade a quitté l'hôpital, le 23 mars.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Primitivement, la tuberculose génitale frappe d'une façon générale, exclusivement l'épididyme.

Plus de huit fois sur dix, le testicule est sain.

II. — L'épididymectomie doit être le traitement presque exclusif de la tuberculose génitale :

— Elle conserve le testicule, et supprime simplement un canal qui en fait est déjà détruit.

— C'est une opération bénigne; amenant exceptionnellement des complications locales, et peut-être réalisée dans le cas de lésions fistuleuses multiples au niveau des bourses.

— Elle n'est pas une cause de généralisation de la tuberculose et semble avoir au contraire une influence bienfaisante sur les lésions tuberculeuses des vésicules séminales, de la prostate et peut-être même du testicule.

— Elle n'immobilise pas indéfiniment le malade, contrairement au traitement médical dont les résultats sont souvent incertains, et qui n'est possible que dans la classe aisée.

Vu : le Doyen

Vu : le Président de thèse

ROGER.

LEGUEU.

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

APPELL.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBAL. — « De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire ». *Thèse de Paris*, 1898.
- BARDENHEUER. — Traitement opératoire de la tuberculose testiculaire par la résection de l'épididyme. *Leipzig*, 1886.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.
- DELLINGER, J. BURNEY (de Boston) — Epididymite tuberculeuse. Analyse de 153 cas. *The american Journal of urology*, vol. VII, n° 12, décembre 1912.
- DESPREZ. — Essai sur le diagnostic des tumeurs du testicule. *Thèse de Paris*, 1860.
- DUFOUR. — Etude sur la tuberculisation des organes génito-urinaires. *Thèse de Paris*, 1854.
- FOSSARD. — De l'orchite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1855.
- LEGUEU. — Traité chirurgical d'urologie. *Paris, Alcan*, 1910.
- LEGUEU. — Leçons de clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu, 1901).
- MARION. — De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *Presse Médicale*, du 10 février 1923.
- MARINESCO. — De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *Journal d'urologie*, 1912.
- MAUCIAIRE. — Traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire par la ligature du cordon spermatique. *Presse Médicale*, 22 septembre 1909.
- RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1876.
- SAMUEL (de Bonn). — Le testicule dans la tuberculose de l'épididyme (*Wiener klinische Rundschau*, n° 47 et 48, 12 et 19 novembre 1911).
- VILLENEUVE. — Testicule tuberculeux ; résection de l'épididyme et de 12 centimètres du canal déférent. *Annales chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Marseille*, 1890-91.







ANGOULÊME

IMPRIMERIES DU CENTRE-OUEST  
Anciens Etablissements VINCENT Père et Fils